

**GESTÃO DE UMA UNIDADE DE DOR AGUDA BASEADA
NO BALANCED SCORECARD**

Helena Costa Oliveira

CECEJ - ISCAP

Instituto Politécnico do Porto

Carmem Oliveira

Co-Responsável Unidade Dor Aguda CHVNGaia/Espinho EPE

Rita Moutinho

Responsável Unidade Dor Aguda CHVNGaia/Espinho EPE

Áreas temática: D) Contabilidad y Control de Gestión. F) Sector Público.

Palavras Chave: Balanced Scorecard, Desempenho Organizacional, Gestão Hospitalar, Portugal, Unidade Dor Aguda

GESTÃO DE UMA UNIDADE DE DOR AGUDA BASEADA NO BALANCED SCORECARD

Resumo

O Balanced Scorecard (BSC), originalmente um instrumento de medição, evoluiu para modelo de acompanhamento estratégico contínuo. Inicialmente dedicado à gestão empresarial, atualmente serve organizações de outras naturezas - como hospitalares. Apresentamos uma proposta de implementação do BSC numa Unidade de Dor Aguda (UDA), a partir do conhecimento aprofundado da sua organização e razões, que delineia um plausível sentido estratégico. Propusemos adaptações ao modelo-padrão do BSC, nomeadamente ao nível do mapa estratégico. Este estudo contribui para o desenvolvimento da investigação na área da saúde, no sentido em que investiga de que forma insuficiências e incoerências organizacionais nesta unidade poderão ser colmatadas com a implementação do BSC.

Índice

I. Introdução.....	4
II. Caracterização do Balanced Scorecard	5
2.1. O BSC como Modelo de Avaliação Organizacional.....	5
2.2. O BSC como Meio para Explicitar a Estratégia	8
2.3. O BSC como Instrumento de Gestão Estratégica.....	9
III. O BSC e a gestão hospitalar	12
IV. Implementação do BSC na UDA.....	16
4.1. A Unidade de Dor Aguda	16
4.2. Missão, Valores e Visão.....	17
4.3. Formulação de Estratégia - Análise SWOT	17
4.4. Perspetivas de gestão, fatores críticos, objetivos e estratégias	18
4.5. Mapa Estratégico	21
4.6. Indicadores e iniciativas	24
V. Conclusões.....	28
Referências.....	29

I. Introdução

As necessidades e circunstâncias da gestão no meio hospitalar são muito particulares, condicionadas para um desenvolvimento muito próprio. Tal como para qualquer organização, a necessidade de recolha, tratamento e seleção da informação é muito importante, porém aqui a informação encontra-se dispersa sob os mais variados formatos e são muitos e distintos os eventuais interessados – o uso da informação é particularmente difícil e suscetível. No sentido de articular os diferentes interesses, foram desenvolvidos, para os hospitais públicos, sistemas de qualidade hospitalar. Estes incidem em indicadores globais, uniformes a todas as organizações hospitalares com vista à prestação de informação pública a entidades externas contudo, nem sempre alinhados com os objetivos internos - nem sempre atentos às particularidades de cada organização.

Surge aqui uma oportunidade para aplicar o BSC, adaptando-o à gestão hospitalar no que concerne à identificação das perspetivas organizacionais e suas relações causais. Ferramenta de apoio organizacional surgida em 1992 (Kaplan & Norton 1992), rapidamente se tornou dos instrumentos de gestão mais falados, em termos académicos e empresariais. Desenvolvido com propósitos de gestão para organizações sujeitas às regras de um livre mercado, estendeu-se a setores mais peculiares - como o hospitalar. Procuramos neste artigo adaptar a teoria do BSC a uma unidade hospitalar – Unidade da Dor Aguda (UDA) – propondo uma hipótese de implementação.

O estudo da implementação do BSC em unidades de saúde tem revelado problemas recorrentes, procuramos neste trabalho os arrostar, como a falta de liderança (já que esta implementação parte de iniciativa e execução da própria liderança) e de articulação entre os gestores, conhecedores da complexidade estratégico-organizacional, e médicos, conhecedores do funcionamento hospitalar.

Iniciamos o trabalho com uma breve caracterização do BSC, depois desenvolvemos associações entre o BSC e a gestão hospitalar. Num terceiro ponto, propomos um modelo de BSC para a UDA. Apresentamos por fim as nossas conclusões.

II. Caracterização do Balanced Scorecard

O Balanced Scorecard surgiu na década passada como um modelo de avaliação organizacional, meio de explicitar a estratégia e mais recentemente como instrumento de gestão estratégica (Oliveira et al. 2012), (Speckbacher et al. 2003). Trata-se de uma ferramenta inovadora na área da gestão, acadêmicos e consultores têm-se preocupado em estudar e implementar esta ferramenta.

A sua relevância comprova-se pelos inúmeros estudos que motivou e ainda motiva ((Ittner & Larcker 1998); (Malmi 2001); (Ax & Bjornenak 2005)(Zeng & Luo 2013)); e que atestam a sua aplicação em sectores tão distintos como o bancário (Glaveli & Karassavidou 2011), tribunais (Pekkanen & Niemi 2013), hospitais (El-Jardali et al. 2011) ou hotelaria (Sainaghi et al. 2013). A diversidade dos estudos prova a sua importância, mas também dúvidas sobre a sua formulação e aplicação: há quem acuse o BSC de falta de qualquer evidência real (Nørreklit 2003), de ser um persuasivo exercício de retórica, opinião contrariada por estudos de campo que indiciam a sua eficácia organizacional (Lipe & Salterio 2000); (Ittner et al. 2003); (Papalexandris et al. 2004); (El-Jardali et al. 2011); (Speckbacher et al. 2003); (Davis & Albright 2004).

Apresentamos seguidamente as fases de evolução do BSC, caracterizando-as. Esta evolução temporal foi continuamente positiva, no sentido em que foi sempre enriquecido com novas valências, complementares das anteriores – o que dizemos para uma fase da evolução do conceito vale também para as seguintes (Oliveira et al. 2012).

2.1. O BSC como Modelo de Avaliação Organizacional

O BSC surge como um novo modelo de avaliação organizacional que propõe outros critérios de avaliação, complementares à habitual análise financeira de uma empresa (Kaplan & Norton 1992). Recusa-se a focar as decisões nas questões financeiras, sob pena de perder a perspectiva do longo prazo (Luft e Shields, 2001).

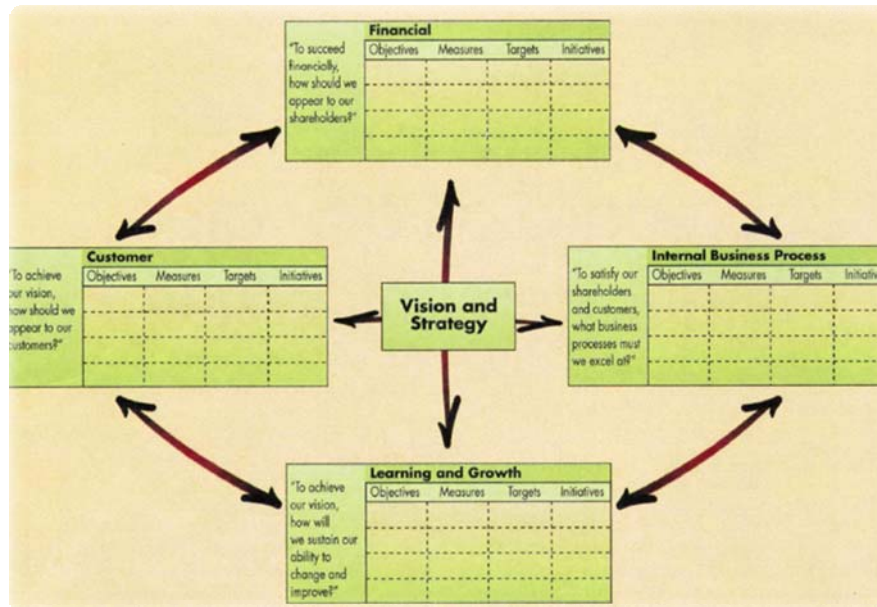
Para além da perspectiva estritamente financeira, observam-se dados relativos a três outras perspectivas julgadas como informadoras sobre a capacidade futura da

organização: a de clientes/utentes, de processos internos e a relativa à capacidade para aprender e crescer. Porém o BSC não se obriga ou limita a estas três perspetivas, podem ser consideradas outras (Epstein & Manzoni 1997); (Kaplan & Norton 1997); (Olve et al. 2004); há até quem perceba no BSC a oportunidade para introduzir, decididamente, aspetos ambientais e sociais no sistema de gestão da organização – como perspetivas autónomas (Figge et al., 2002).

Evidencia-se a natureza livre da aplicação deste conceito: cada organização decide quais as perspetivas a considerar no seu modelo de gestão, conforme julga as suas influências no desempenho económico a longo prazo. Isto sem descurar a necessidade de concisão e clareza no BSC – não deve contemplar muitas perspetivas, apenas as essenciais.

Para cada perspetiva identificam-se os fatores críticos de sucesso, neste sentido, o BSC propõe uma visão geral e conjugada da organização através da seleção e medida de uma série de indicadores passíveis de avaliar esses fatores críticos. Selecionam-se, para cada perspetiva, quais os parâmetros a estudar – indicadores de resultados – e decidem-se os indicadores indutores desses resultados. Ao nomearmos indicadores elegemos padrões de medida que permitem uma avaliação objetiva e comprovável. Percebe-se a necessidade de construir processos e práticas (ações/iniciativas) que permitam a criação de um feedback orientado pelos fatores críticos identificados em cada perspetiva.

O esquema abaixo resume todo o processo estruturante do BSC, com a respetiva nomeação de objetivos, medidas, metas e iniciativa para cada perspetiva.



Quadro 1 – Processo BSC, (Kaplan & Norton 1996c), p.76).

A perspectiva de avaliação “aprendizagem e crescimento” aborda o estudo daqueles ativos intangíveis que assinalam as potencialidades de crescimento da organização.

Os ativos de uma organização que decidem desta capacidade para aprender e assim crescer, serão(Kaplan & Norton 2004):

- Capital humano: as competências, os talentos, o know-how das pessoas da organização (atuais e potenciais). Na sua avaliação atende-se ao desenvolvimento sustentado de ações formativas e de treino, aos níveis de satisfação e participação das pessoas.
- Capital informacional: um sistema capaz de sustentar a estratégia empresarial, que acompanhe a sua implementação e permita uma correta e atempada avaliação das suas consequências práticas. Um conjunto de processos e infra-estruturas que permitam conhecer o estado momentâneo da organização: no particular e no geral; e que fomentem a construção e partilha de saber.
- Capital (cultura) organizacional: capacidade para aceitar e procurar a mudança; o grau de flexibilidade da organização – tanto dos seus colaboradores como dos próprios processos organizacionais; favorecer o trabalho em equipa; alinhar todos os interesses organizacionais pelas opções estratégicas maiores; estatuir os valores fundamentais na organização.

2.2. O BSC como Meio para Explicitar a Estratégia

Numa segunda fase de evolução do conceito o BSC visto como meio para explicitar a estratégia, aparece como um mapa estratégico (Kaplan & Norton 1996a) tradutor da ponderação das relações de causalidade entre os indicadores usados nas perspetivas consideradas no Balanced Scorecard. Teoricamente, permite calcular os resultados financeiros (efeito último) a partir de medidas tomadas nas outras três (ou mais) perspetivas, na seguinte ordem de causa/efeito: aprendizagem e crescimento → processos internos → clientes → aspetos financeiros (Kaplan & Norton 1996a). Torna assim possível a construção de um esquema objetivamente integrador da estratégia seguida.

O nexo de causalidade tem sido um conceito rebatido como inadequado ((Ittner & Larcker 1998); (Norreklit 2000); (Malmi 2001)), seria mais apropriado dizer que as perspetivas são interdependentes (Norreklit 2003), que se influenciam mutuamente, não permitindo antecipar uma ordem nas suas relações.

O ideal seria que as relações entre os indicadores de resultados das várias perspetivas fossem matematicamente fundamentadas e o BSC seria um logaritmo, um sistema combinatório de cálculos de uma realidade determinística. Este espírito totalitário nega qualquer necessidade de estratégia – e seria um erro pretendê-lo. Assim sendo, o esquema de relações identificadas no BSC revela o entendimento das opções estratégicas como um conjunto de hipóteses de causa e efeito (Kaplan & Norton 1996a), enquadrado pela visão estratégica tida na empresa – sabendo que é impossível entender ou considerar todas as influências da vida organizacional.

Assim, a rede de relações é uma assunção, não necessariamente factual, podemos dizer que é uma hipótese estratégica (Kaplan & Norton 2005) acerca das consequências de ações internas e externas (embora estas últimas não controláveis) sobre as razões de ser da empresa – seus clientes/utentes e proprietários. Existe a consciencialização da empresa como um sistema envolvido numa realidade económico-social; para esse sistema podemos, devemos pressupor uma rede de relações que o permite compreender e sobre ele agir – uma rede que abarque todos os stakeholders do negócio, em particular os clientes/utentes. Pela assunção destes

pressupostos passa a própria estratégia, na certeza de que carecem sempre de atualização: o mapa estratégico ajuda ao desenvolvimento da estratégia organizacional, não se limita a traduzi-la em termos mais operacionais (Kaplan & Norton 2004).

A grande vantagem do BSC passa a ser a clara explicitação da estratégia organizacional (o que queremos, como e porque queremos) que facilita a sua compreensão numa dimensão mais operacional ou tática (Malina e Selto, 2001): conhecemos quais os objetivos apontados para cada perspetiva e como se relacionam (Kaplan & Norton 2004) – há uma concentração no essencial, articulando objetivos financeiros e não-financeiros (Banker et al. 2000); (Ittner & Larcker 1998).

O BSC torna-se num meio de controlo do cumprimento estratégico: logo sabemos para onde dirigir a atenção quando há um desvio entre o conseguido e o perspectivado, possibilitando um controlo dito de feedforward (de Haas & Kleingeld 1999).

2.3. O BSC como Instrumento de Gestão Estratégica

Nesta fase o BSC apresenta-se como um instrumento de gestão estratégica assente: na comunicação interna, no desenvolvimento de planos de ação pormenorizados e numa política de recompensas indexada a objetivos (Kaplan & Norton 2001). Trata-se basicamente de decompor a estratégia para que todos os elementos a compreendam e partilhem: alinhar os capitais humano, informacional e organizacional com a sua estratégia (Kaplan & Norton 2004)(Kaplan & Norton 2006) - a execução bem sucedida da estratégia requer da organização o eficaz alinhamento destes quatro componentes. O BSC torna-se um mecanismo de coordenação e controlo organizacional, um facilitador da gestão estratégica (Kaplan & Norton 1996c).

O essencial continua a ser o mapa estratégico, mas agora com maior atenção às questões do alinhamento e de aprendizagem. Procura-se uma coerência global à empresa, favorecida pelo respeito de quatro (inter-dependentes) processos na implementação do BSC (Kaplan & Norton 1996b) – a adoção destes processos promove a integração dos vários processos e funções organizacionais, com evidentes benefícios na recolha e tratamento de dados, produzindo informação concisa, relevante e em tempo útil:

1 - Clarificar a missão, visão e objetivos da organização

O primeiro destes processos é a clarificação da missão, visão e objetivos da organização - assentar inequivocamente qual o destino ambicionado. A satisfação dos utentes será a razão final, mas escolhem-se os caminhos para o atingir, condicionados pela natureza e princípios da organização. Já não se trata apenas de assumir objetivos estratégicos claros, como estabelece a segunda fase evolutiva do conceito BSC, passa a haver uma dimensão cultural nesta clarificação: a organização declara quais os seus valores, critérios de atuação. Os colaboradores passam a ter referências sob as quais se conduzem, na pretensão de uma cultura organizacional transversal a toda a organização e que tem de ser atendida por qualquer projeto ou ação estratégica (Collins & Porras 1996).

2 - Criar uma boa rede de comunicação na organização

Outro princípio consiste em criar uma boa rede de comunicação na organização - onde prospere o diálogo e não a crítica. A fraca comunicação é uma importante causa do mau desempenho organizacional (Merchant 1989). Um sistema comunicacional eficaz (formal e informal) encoraja e permite a partilha de experiências, garante processos de criação e troca do conhecimento (expresso e tácito) – sustenta a estratégia organizacional. O desenho do sistema de controlo da gestão determina esta capacidade informacional/comunicacional, que será tão melhor quanto mais motivado o diálogo na organização, proporcionando informações que não as de rotina (Simons 1995). Procura-se cultivar a interatividade, daí o convite à participação das pessoas no desenho do BSC (Nørreklit & Schoenfeld 1998), e também na definição dos sistemas para medida de desempenhos (um fator determinante para bem comunicar a estratégia – (de Haas & Kleingeld 1999).

De salientar o valor de uma política de recompensas indexada a objetivos, individuais ou gerais, que conduza os esforços de cada um segundo os objetivos maiores da organização – uma discriminação que revela atenção às prestações individuais e faz com que estas se dediquem nos desempenhos que a gestão considere mais importantes ao seu sucesso (Lynch e Cross, 1995). Para tal importa que o sucesso esteja associado a recompensas desejáveis, se imponham metas plausíveis mas desafiantes e que se atentem àqueles desempenhos controláveis ou influenciáveis,

passíveis de mensuração. Esta política de recompensas é uma eficaz forma de comunicação estratégica na organização, estimula o auto-controlo nos colaboradores da empresa (Lee et al., 2000) e a criatividade.

3 - Desenvolver planos de ação, objetivos, para cada indivíduo e para cada unidade da organização.

É também importante desenvolver planos de ação, objetivos, para cada indivíduo e para cada unidade da organização. O estabelecimento de objetivos é um fator-chave para o êxito da estratégia organizacional (Niven, 2002). Pretende-se colaboração, não competição interna: os programas sectoriais e individuais são definidos conforme os interesses maiores da organização e assim coordenados. Procura-se uma coerência estratégica – entre as perspetivas escolhidas no BSC (Nørreklit e Schoenfeld, 1996) – e operacional – entre indivíduos e grupos de trabalho (Nørreklit e Schoenfeld, 1996; (de Haas & Kleingeld 1999).

Pretendem-se os objetivos individuais articulados com os gerais (Banker et al. 2000), de forma a que todos percebam como participam no sucesso da organização – um detalhar dos objetivos da organização. Cada departamento, cada pessoa, reconhece objetivos próprios (Kaplan e Norton, 1996c) - traduzindo na ordem individual os objetivos estratégicos da organização, precisa-se o pretendido de cada um (Scorecard Pessoal). Pressentem-se novas exigências de feedback: a definição de objetivos implica medidas de avaliação dos desempenhos; e para isso interessa colocar metas cuja persecução possa ser objetivamente medida (dados válidos e fiáveis – Kaplan e Norton, 1996a).

4 - Fomentar processos de controlo para aprendizagem

Um último processo consiste em fomentar processos de controlo para aprendizagem (feedback e feedforward); procura-se desenvolver a capacidade de monitorizar os resultados mais imediatos nas perspetivas não financeiras e avaliar os seus efeitos nos objetivos estratégicos (novamente a questão do feedback) – isto como uma possibilidade permanente: aprendizagem em tempo real. Esta recolha de informação implica que a organização determine regras - processos e frequência - para a medida dos vários desempenhos: individuais e gerais (cumprimento dos objetivos definidos para cada perspetiva). Será esta informação que substanciará os processos de

aprendizagem, focados naquelas áreas destacadas nos objetivos, missão e visão tidos na organização – assim atualizando o próprio BSC.

A análise da informação revelará problemas ou oportunidades que devem ser enfrentados em equipa – o processo de aprendizagem será grupal (Kaplan e Norton, 1996a). A organização desenvolve os mecanismos de controlo sob uma perspetiva positiva, com vontade de atuar e mudar o que achar necessário ou oportuno; e para tal tem de perceber desempenhos passados, compreender e aproveitar-se das suas experiências. Se o conceito pretende um modo de aprendizagem comunitário, tem de desenvolver uma cultura que a instigue e explore, encorajando a criatividade.

A liderança executiva é crucial na implementação do BSC, devendo assumir um papel orientador, nada autocrático, que atraia a colaboração dos restantes colaboradores da organização no seu desenvolvimento. A questão maior do alinhamento da gestão nos seus vários componentes implica a criação de sinergias entre eles para que, em conjunto, desenvolvam processos de gestão eficientes – as chefias assumem aqui um papel central (a começar pela clarificação da missão e visão da organização).

A liderança executiva permeia todas as fases do sistema de gestão, ajuda as organizações a implementar com sucesso suas estratégias. As organizações podem-se encontrar-se em regiões e indústrias variadas (manufatura, serviços financeiros, serviços ao consumidor, sem fins lucrativos, educacional e do setor público), com estratégias diferentes, contudo existe um ponto em comum para que a estratégia seja executada com sucesso: uma liderança excecional e visionária. É importante comunicar a visão e estratégia para cada funcionário. Sem uma liderança forte este alinhamento não seria possível.

III.O BSC e a gestão hospitalar

Inicialmente implementado em organizações empresariais, Baker e Pink consideraram que a teoria e os conceitos do BSC seriam relevantes para os hospitais (Baker & Pink 1995). Em 2003, em alguns países, a implementação do BSC no sector hospital encontrava-se numa fase de crescimento (Zelman et al. 2003) mas em Portugal ainda está numa fase de introdução, sendo poucos os estudos sobre o tema. As organizações de saúde em Portugal são muito estanques e rígidas, avessas a uma mudança que se adivinha inevitável; a maior parte dos colaboradores não percebe o

enquadramento dos processos, o lugar e a importância das suas tarefas para o objectivo maior que é a boa prestação de serviços de saúde à população. Há uma real necessidade de recorrer a sistemas de apoio à gestão, como o Balanced Scorecard, que a permitam estar à altura dos desafios. Este sector é dos que consome mais recursos e com mais repercussões sociais. O BSC, adaptado ao sistema de saúde público, é um instrumento que encaminhando as organizações no sentido de implementar um plano estratégico e a avaliar os fatores críticos, pode conceber um sistema que forneça, de uma forma equilibrada, informações aos contribuintes e utentes (Santiago 1999) facilitando a tomada e concretização de decisões.

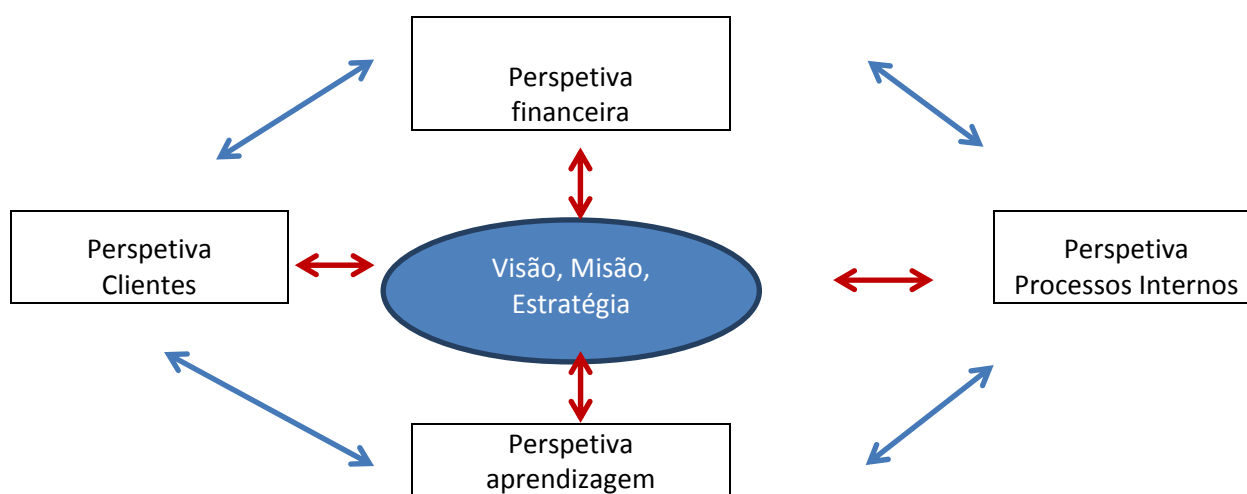
O recurso ao BSC no sector hospitalar está relaciona-se com a preocupação pela qualidade no sistema de saúde (Zelman et al. 2003). O sistema da qualidade tem sido implementado no sector hospitalar. Contudo este sistema baseia-se essencialmente em indicadores processuais com preocupações em aumentar o grau de satisfação dos colaboradores, descurando a missão dos hospitais. Esta gestão da qualidade acarreta um encargo financeiro para os hospitais e em nada contribui para o aumento da produtividade, da eficiência ou eficácia dos serviços hospitalares. Há que complementar esta informação e alinha-la com a missão para que o objetivo último – prestar um melhor serviço – seja alcançado. Só assim estes processos contribuem para a criação de valor da organização. As organizações de saúde, com vista à interligação de práticas, resultados, qualidade, valores e custos, devem recorrer ao BSC. Este instrumento enquanto perspectiva equilibrada sobre a organização, permite à gestão projetar, desenvolver, implementar e dirigir o plano estratégico, de acordo com princípios de gestão da qualidade (Cataneda-Mendez 1998). Assentando no pensamento estratégico e na expectativa de melhoria contínua, o BSC tem sido desenvolvido como uma ferramenta de avaliação da performance de cuidados de saúde (Weber 2001).

Com o objetivo de modernizar e tornar mais eficiente o setor público – em que se inclui a prestação de serviços de saúde – já em 1991 Hood (Hood 1991) formalizou o termo New Public Management (NPM) por contraposição a gestão tradicional do sector público. A hipótese básica sustenta que a gestão do setor público, se orientada para o mercado, levará a uma maior eficiência de custos para os governos, sem ter efeitos colaterais negativos sobre outros objetivos e considerações. A NPM caracteriza-se pela divisão de grandes unidades organizacionais em unidades mais pequenas; pela promoção de um maior nível de competitividade dentro do setor público; pela ênfase na utilização eficiente de recursos; ênfase numa gestão de topo profissional; ênfase

em regras claras e perceptíveis e alteração do foco de processos para resultados. (Hood 1991).

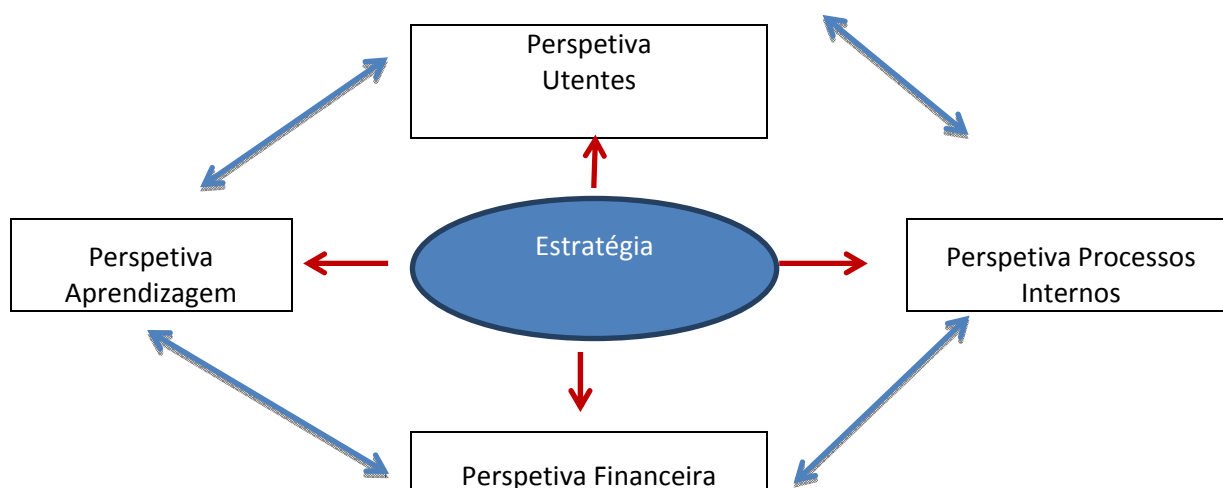
Na aplicação do BSC à gestão hospitalar importa considerar que as características do sector público divergem do privado. Jonathan Boston (1996) (Boston 1996), um dos primeiros proponentes da NPM, identificou divergências a ter em consideração nas práticas de gestão: o grau de exposição de confiança do mercado sobre as dotações; as restrições legais e formais de tribunais, legislatura, hierarquia; estar sujeito a influências políticas; muito coercivo – muitas das atividades do estado são inevitáveis, monopolista; amplitude do impacto; sujeitas ao escrutínio público; complexidade de objetivos, avaliação e critérios de decisão; relações de autoridade e o papel dos gestores; desempenho e eficácia organizacional; incentivos e estruturas de incentivo; características pessoais dos funcionários; mudança da gestão e de prioridades na sequência de ciclos eleitorais.

Apresentamos o esquema tradicional do BSC confrontado com o proposto para o sector público:



Quadro 2: Esquema tradicional do BSC, (Kaplan & Norton 1996c).





Quadro 3: Esquema do BSC, adaptada ao Sector Público (Niven 2008).

A aplicação do BSC a organizações sem fim lucrativo, nomeadamente a hospitais, coloca a ênfase, não na perspetiva financeira mas na perspetiva dos clientes/utentes. Neste sentido a ordem de causa/efeito será diferente: aspetos financeiros → aprendizagem e crescimento → processos internos → utentes (Niven 2008). A perspetiva de aprendizagem e crescimento também nestas organizações é crucial. Neste mundo, o acompanhamento tecnológico e a investigação na área hospitalar é essencial, condição de sobrevivência. Área onde a qualificação dos colaboradores é exigente, a retenção dos melhores é fundamental: não deixar fugir o capital de conhecimentos. A experiência dos colaboradores, o seu saber é um intangível crítico que o BSC terá de considerar. A satisfação dos colaboradores e a sua motivação é um fator a considerar.

Com o desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação, a seleção de informação é uma oportunidade essencial. Cabe ao gestor esta seleção da informação e a sua transformação em conhecimento com base na sua cultura e idiossincrasia. Num ambiente em que proliferam indicadores, a seleção dos mais importantes, os que permitem a concretização dos fatores críticos de sucesso, é fundamental. Os hospitais têm informação muito dispersa, em vários sistemas não integrados (Dziuk 2001). O BSC pode ser utilizado como plataforma para gerir essa informação agilizando mudanças complexas, (Sahney 1998); (Weber 1999); (Oliveira 2001), permitindo igualmente controlar práticas de saúde (Beauchamp 1999). As perspetivas equilibradas do Balanced Scorecard permitem à liderança avaliar o desempenho corporativo na sua complexidade (Weber 2001).

O BSC promove a integração de sistemas de saúde ao estabelecer metas ou objetivos integrados, alinhando medidas de gestão e de desempenho. A identificação de medidas críticas em cada perspetiva permite o alinhamento da organização com a sua visão, principais valores, princípios fundamentais e as operações do dia-a-dia (Griffith 2000). A necessidade de dar continuidade aos serviços clínicos exige o trabalho em equipa, requerendo a clarificação dos processos e indicadores de resultado - como incentivado no modelo BSC. Uma integração que fortalece o desenvolvimento da liderança (Jones & Filip 2000);

IV. Implementação do BSC na UDA

Este desenvolver de uma hipótese de implementação do BSC, impulsionado por médicas pertencentes à Unidade da Dor Aguda e elaborado em conjunto com uma gestora / investigadora na área do BSC, inicia-se com a caracterização da Unidade e concretiza-se nas seguintes etapas: definição da missão, visão e valores; análise SWOT, identificação de perspetivas, fatores críticos, objetivos estratégicos; criação do mapa estratégico; identificação de indicadores de resultados e iniciativas.

4.1. A Unidade de Dor Aguda

Esta UDA está ativa desde Setembro 2010. Funciona com um Médico Anestesiologista ou Interno tutelado da especialidade de Anestesiologia, em serviço todos os dias úteis. Realiza avaliação e tratamento da dor e dos efeitos laterais da terapêutica analgésica às 24, 48 e 72h nos diferentes serviços cirúrgicos: Cirurgia Geral, Urologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Neurocirurgia, Cirurgia Cardio-Torácica, Ortopedia 1 e Otorrinolaringologia; e é incluída na visita diária à enfermaria de Cuidados Intermedios Cirúrgicos (desde Abril de 2011).

As razões que justificaram este estudo são várias e resultam de um diagnóstico feito internamente: necessidade de cumprimento de norma vinculativa da Direção Geral de Saúde – existência de linhas de orientação organizacionais; urgência de, por ineficiências, reestruturar o método de funcionamento vigente - inexistência de plano de atividades, regulamento interno, protocolos; divulgar o funcionamento da UDA e melhorar a comunicação interna; organizar e articular as necessidades de formação entre os vários profissionais da instituição; necessidade de estabelecer prioridades e

metas a cumprir, dificuldade em articular os diferentes profissionais e serviços envolvidos.

4.2. Missão, Valores e Visão

Na primeira fase de implementação do BSC identificou-se a visão (o que a organização pretende ser no futuro), a missão (a razão de ser da organização) e declararam-se valores orientadores:

- **Visão** – Ser reconhecida como uma Unidade de excelência, capaz de otimizar os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis; com padrões de qualidade técnico-profissional e diferenciação, proporcionando confiança e satisfação, tanto nos doentes como em profissionais.
- **Missão** – Promover o adequado controlo da Dor Aguda e dos efeitos laterais da terapêutica instituída aos doentes do Centro Hospitalar, em regime de internamento ou urgência.
- **Valores** - Acessibilidade, Responsabilidade, Conhecimento, Qualidade, Humanidade.

4.3. Formulação de Estratégia - Análise SWOT

Para formulação da estratégia da UDA, e como forma de avaliação prévia, recorremos a uma análise SWOT (*Strengths, Weakness, Opportunities, Threats*), identificando forças e fraquezas internas bem como oportunidades e ameaças externas.

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none">➤ Qualidade técnico-profissional.➤ Capacidade Técnica.➤ Reconhecimento das necessidades futuras.➤ Satisfação dos profissionais envolvidos.➤ Conhecimentos teórico-práticos.	<ul style="list-style-type: none">➤ Carência de recursos humanos em áreas chave,.➤ Informatização dos dados e serviços.➤ Falta de alinhamento organizacional.➤ Nível de organização incipiente.➤ Ineficientes sistemas e redes de informação.➤ Falta de equipamentos adequados.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Carência de protocolos clínicos aprovados e divulgados. ➤ Falta de autonomia.
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Envolver outros profissionais na constituição da UDA. ➤ Abertura para reformulação organizacional. ➤ Sinergias com equipa de Enfermagem. ➤ Possibilidade de formação adequada. ➤ Carência deste serviço no meio hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Restrição orçamental. ➤ Restrições à manutenção de recursos humanos. ➤ Dependência de aprovação hierarquicamente superior. ➤ Limitação na aquisição de material e equipamento. ➤ Limitação na implementação dos sistemas e redes de informação.

Quadro 4: Análise SWOT da UDA.

4.4. Perspetivas de gestão, fatores críticos, objetivos e estratégias

As perspetivas selecionadas para bem compreender o funcionamento desta unidade e perceber como atingir os seus objetivos são assim definidas e caracterizadas:

- Utentes – aqueles a quem se dirigem os serviços prestados.
- Processos internos – a organização da prestação dos serviços.
- Aprendizagem e crescimento – a capacidade para se reavaliar os serviços prestados e os melhorar de uma forma contínua.
- Financeira e legal – corresponder às imposições orçamentais e regulamentares do serviço nacional de saúde.

Por perspetiva, definimos objetivos estratégicos, aqueles pelos quais se guiará a gestão desta unidade. Na perspetiva «Utentes» consideramos que o importante é

conseguir que estes fiquem satisfeitos com o serviço, de modo a que este saia valorizado e ganhe importância - implica prestar os tratamentos adequados, no tempo adequado. Na perspetiva «Processos Internos» a preocupação é que estes sejam eficientes, o que julgamos implicar uma melhoria do modelo organizacional vigente e a criação de sistemas e redes de informação possibilitadores de registos credíveis de processos de auditorias. Já na perspetiva de «Aprendizagem e Crescimento», considerada essencial à continuidade desta unidade médica, a atenção recai na formação certificada, na investigação interna e modernização dos equipamentos e terapias disponíveis. Já na «Financeira e Legal» reconhecemos os constrangimentos hierárquicos e políticos que devem ser contrabalançados com a procura de receitas próprias, a preocupação com uma racionalização dos custos e o desenvolvimento de uma boa comunicação que consiga poder de influência.

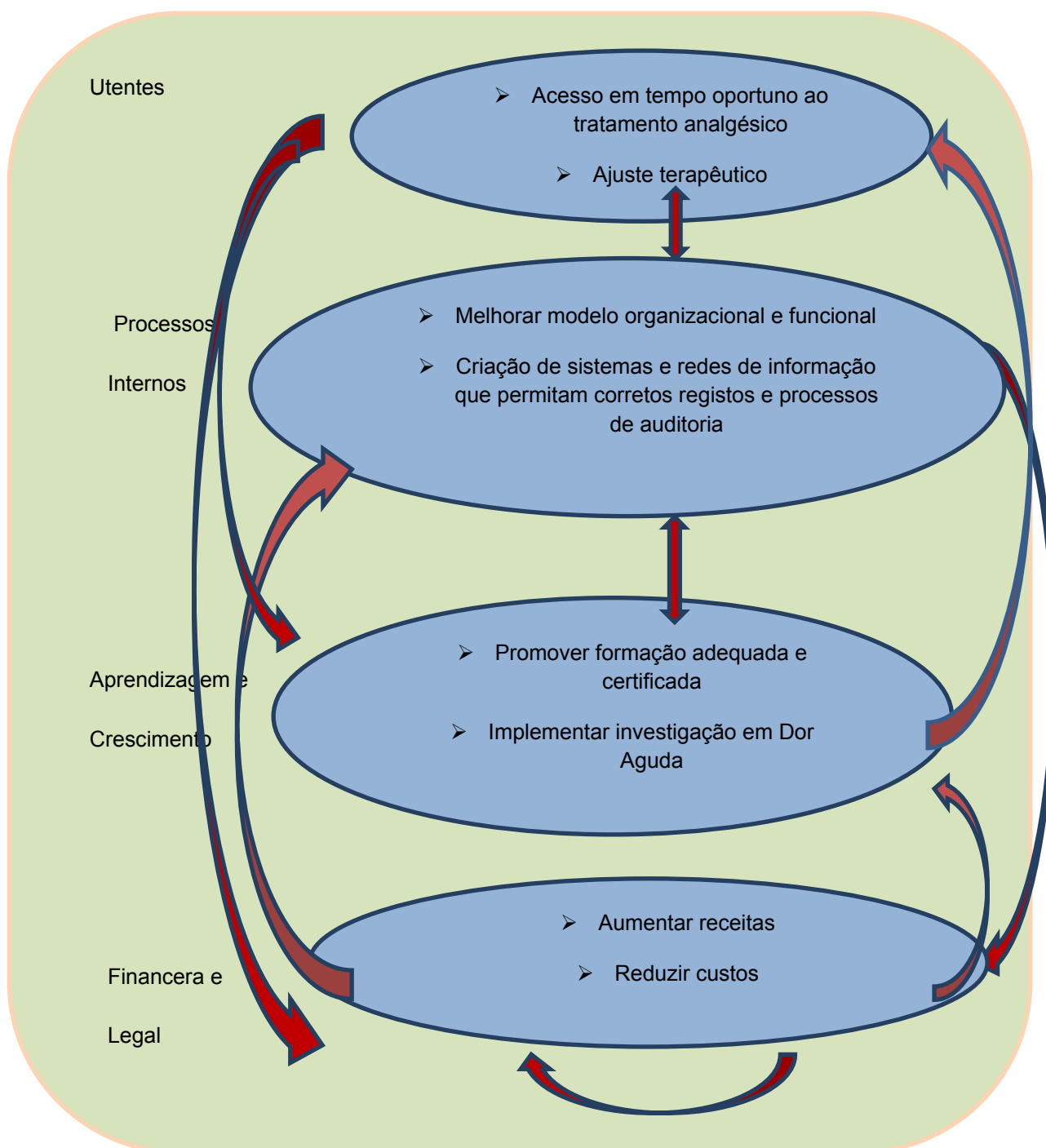
Os objetivos estratégicos que delineiam este Plano de Atividades estão em concordância com a Norma 003/2012 de 19 de Outubro de 2012 da Direção Geral de Saúde (DGS). Este plano de atividades impõe um compromisso para a obtenção de resultados. Para cada objetivo estratégico identificam-se os fatores críticos para sua persecução, como ilustrado no quadro abaixo, os indicadores de resultados e as iniciativas (objetivos operacionais relacionados).

Perspetivas	Objetivos estratégicos	Fator crítico sucesso
Utentes	Acesso em tempo oportuno ao tratamento analgésico.	<ul style="list-style-type: none"> Implementar e disponibilizar protocolos analgésicos e de tratamento de complicações. Implementar técnicas analgésicas especiais (PCA – <i>Patient Controlled Analgesia</i>).
	Ajuste terapêutico.	
		<ul style="list-style-type: none"> Satisfação dos utentes.
Processo Internos	Melhorar modelo organizacional e funcional.	<ul style="list-style-type: none"> Especificar metas de funcionamento. Promover a comunicação entre os diferentes profissionais do serviço. Criar ferramentas que fomentem a multidisciplinaridade e cooperação com outros serviços hospitalares.
	Criação de sistemas e redes de informação que permitam corretos registos e processos de auditoria.	<ul style="list-style-type: none"> Promover articulação com Serviço Informática. Adequar disponibilidade e melhorar a eficiência e qualidade dos sistemas já existentes.
Aprendizagem e Crescimento	Promover formação adequada e certificada.	<ul style="list-style-type: none"> Formação a Médicos Anestesiologistas. Formação a Médicos de outras especialidades. Formação a Enfermeiros. Formação a Doentes e seus Cuidadores.
	Implementar investigação em Dor Aguda.	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver protocolos de estudo clínico em doentes com Dor Aguda. Estabelecer interligação com diversos profissionais e sua sensibilização para estes projetos.
		<ul style="list-style-type: none"> Satisfação dos profissionais.
Financeira e legal	Aumentar receitas.	<ul style="list-style-type: none"> Criar receitas própria. Obter bolsas de investigação. Patrocínios.
	Reduzir custos.	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a eficiência do serviço – custos tempo/paciente.
	Influir na definição de políticas.	<ul style="list-style-type: none"> Divulgação pública da atividade.
	Modernização da unidade.	<ul style="list-style-type: none"> Atualização do equipamento técnico e introdução de novas terapias.

Quadro 5: Objetivos Estratégicos da UDA.

4.5. Mapa Estratégico

A relação que entendemos entre as perspetivas e seus objetivos estratégicos é ilustrada no quadro estratégico, revelador de como esta proposta de gestão considera que funciona esta unidade hospitalar.



Das relações definidas podemos verificar que a perspetiva «Financeira e Legal» afeta diretamente a «Aprendizagem e Crescimento» e os «Processos Internos». Novas receitas irão gerar mais formação, investigação e a modernização da unidade («Aprendizagem e Crescimento»), permitirão investimentos em sistemas de informação («Processos Internos»). Também existe uma relação recíproca nesta perspetiva uma vez que se influencia a ela própria: a perceção pública do serviço pode influenciar as questões orçamentais.

A perspetiva de «Aprendizagem e Crescimento» afeta diretamente as de «Processos Internos» e «Utentes». A formação, investigação e modernização propiciam melhorias organizacionais, fomentam a criação de sistemas de informação («Processos Internos») e permitem desenvolver capacidades que melhoram ou alargam os serviços («Utentes»).

A perspetiva «Processos Internos» está diretamente relacionados com «Utentes», com a «Aprendizagem e Crescimento» e a «Financeira e Legal». Melhorias no modelo organizacional e no sistema de informação implicam naturais vantagens na prestação de serviços e uma maior satisfação entre os utentes; melhores processos internos identificam carências e necessidades de formação e tornam mais eficientes os serviços prestados com uma redução do rácio custo/tratamento («Financeira e Legal»).

O que acontece ao nível dos «Utentes» tem consequências diretas sobre todas as outras perspetivas. A insatisfação pelos serviços prestados pode originar alterações processuais («Processos Internos») e impulsionar novas formações («Aprendizagem e Crescimento»). Alguns índices de satisfação dos utentes poderão melhorar a perceção de qualidade do serviço, com um eventual impacto orçamental positivo («Financeira e Legal»).

4.6. Indicadores e iniciativas

Associamos aos fatores críticos indicadores de medida, para os quais estipulamos iniciativas que permitam concretizar os objetivos estratégicos.

Objetivos Estratégicos	Fator crítico sucesso	Indicadores de Resultados	Ações/Iniciativas
Acesso em tempo oportuno ao tratamento analgésico	Implementar e disponibilizar protocolos analgésicos e de tratamento de complicações	Número de protocolos por tratamentos possíveis	<ul style="list-style-type: none"> Implementação dos protocolos analgésicos revistos em 2012 Criação de protocolos analgésicos para a população pediátrica Criação de protocolos para tratamento de complicações de analgesia diferenciada
Ajuste terapêutico.	Implementar técnicas analgésicas especiais (PCA – <i>Patient Controlled Analgesia</i>).	Quantidade de consumíveis adquiridos	<ul style="list-style-type: none"> Aquisição de consumíveis para sistemas de analgesia controlada pelo doente - epidural, perfusão em bloqueios periféricos Introdução na Unidade 1 e 2 do celecoxib
	Satisfação dos utentes	Grau de satisfação dos utentes	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de inquéritos aos utentes

Quadro 7: Indicadores e Iniciativas – Perspetiva de Utes.

Objetivos Estratégicos	Fator crítico sucesso	Indicadores de Resultados	Ações/Iniciativas
Melhorar modelo organizacional e funcional	Especificar metas de funcionamento	Tempos de resposta do serviço	<ul style="list-style-type: none"> Calcular tempos médios de resposta
	Promover a comunicação entre os diferentes profissionais do serviço	<ul style="list-style-type: none"> Número de reuniões realizadas Grau de cooperação 	<ul style="list-style-type: none"> Reuniões multidisciplinares com caráter semestral Atribuição de Telemóvel alocado à UDA, facilitando canal de comunicação Inquérito
	Criar ferramentas que fomentem a multidisciplinaridade e cooperação com outros serviços hospitalares	Tempo de resposta na relação entre diferentes serviços	<ul style="list-style-type: none"> Criação de organograma de atuação e cooperação Auditoria anual
Criação de sistemas e redes de informação que permitam corretos registos e processos de auditoria	Promover articulação com Serviço Informática	Horas de reuniões mensais com serviços informáticos	<ul style="list-style-type: none"> Reuniões mensais com Serviço de Informática Identificação de necessidades em sistemas de informação Criação de código na base "SONHO" para UDA Inserção de protocolos da UDA na prescrição eletrónica do internamento hospitalar – SAM Disponibilização dos protocolos na Intranet
	Adequar disponibilidade e melhorar a eficiência e qualidade dos sistemas já existentes	Criação de registos, avaliação da informação	<ul style="list-style-type: none"> Criação de registos em sistema de informação PICIS Avaliação da informação para fins de controlo interno e auditoria Incluir nos registos de Enfermagem SAPE: a avaliação da intensidade da dor - dinâmica e em repouso; a resposta à terapêutica analgésica; efeitos secundários da terapêutica analgésica

Quadro 8: Indicadores e Iniciativas – Perspetiva de Processos Internos.

Objetivos Estratégicos	Fator crítico sucesso	Indicadores de Resultados	Ações/Iniciativas
Promover formação adequada e certificada	Formação a Médicos Anestesiologistas	Número de horas de formação	<ul style="list-style-type: none"> Formação em Reunião de Serviço Formação específica sobre Analgesia Controlada pelo Doente
	Formação a Médicos de outras especialidades	Número de horas de formação	<ul style="list-style-type: none"> Divulgação de protocolos analgésicos, de atuação Formação sobre Dor e tratamento convencional
	Formação a Enfermeiros	Número de horas de formação	<ul style="list-style-type: none"> Formação sobre avaliação e registo da dor como 5º sinal vital, a avaliação e registo de efeitos laterais da terapêutica analgésica, instituição de fármacos de resgate de acordo com protocolos e prescrição médica e ativação médica quando indicado
	Formação a Doentes e seus Cuidadores	Número de horas de formação	<ul style="list-style-type: none"> Criação de panfleto informativo Adenda ao consentimento anestésico de forma a incluir técnicas analgésicas especiais
Implementar investigação em Dor Aguda	Desenvolver protocolos de estudo clínico em doentes com Dor Aguda	Número de estudos relacionados com protocolos	<ul style="list-style-type: none"> Estudo prospetivo de Dor Aguda relacionado com protocolos analgésicos adicionais (PA e PA1)
	Estabelecer interligação com diversos profissionais e sua sensibilização para estes projetos	Número de contactos estabelecidos	<ul style="list-style-type: none"> Estudo prospetivo de Dor Aguda relacionado com protocolos analgésicos adicionais (PA e PA1)
Modernização da Unidade	Atualização do equipamento técnico e introdução de novas terapias	Novos equipamentos e fármacos	<ul style="list-style-type: none"> Pesquisas no mercado
	Satisfação dos profissionais	Grau de Satisfação	Inquéritos à satisfação dos médicos, enfermeiros, administrativos

Quadro 9: Indicadores e Iniciativas– Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento.

Objetivos Estratégicos	Fator crítico sucesso	Indicadores de Resultados	Ações/Iniciativas
Aumentar receitas	Criar receitas própria	Ações de formação	<ul style="list-style-type: none"> Participação em congressos internacionais Ações de formação a entidades privadas
	Obter bolsas de investigação	Número de candidaturas a bolsa	<ul style="list-style-type: none"> Concurso para bolsas de investigação Associação a centros de investigação
	Patrocínios	Valor de financiamentos por entidade financiadora	<ul style="list-style-type: none"> Angariação de patrocínios
Reduzir custos	Aumentar a eficiência do serviço – custos tempo/paciente	Custo por protocolo	<ul style="list-style-type: none"> Calcular/avaliar custos
Influir na definição de políticas	Divulgação pública da atividade	Nomeação da unidade nos meios de comunicação social (reconhecimento público)	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar contactos públicos Averiguar número de vezes que a unidade é nomeada nos media

Quadro 10- Indicadores e Iniciativas - Perspetiva Financeira e Legal.

V. Conclusões

A elaboração desta proposta de implementação do BSC parece corresponder às necessidades e problemas que urgiram uma reavaliação organizacional pelos responsáveis pela UDA. Os problemas de indisciplina organizativa com uma indefinição de objectivos e metas, a falta de integração da UDA com os restantes serviços da unidade hospitalar, a imprecisão dos processos internos e ausência de protocolos, a indefinição de um programa de formação – tudo questões que o modelo do BSC aborda directamente. Ajuda a formalizar uma ideia da UDA submetida à noção de integração e articulação das diferentes dimensões presentes, com uma proposta que disciplina a sua gestão – como desejado pelos seus responsáveis.

O estudo e selecção das diferentes perspectivas, seus objectivos e factores críticos organiza uma gestão que consciencializa as deficiências do presente e desencadeia acções correctivas e preventivas. Mostra o BSC como hipótese credível para a gestão das unidades de saúde, mediante adaptações que em nada questionam o cerne deste modelo. Em relação à aplicação do modelo-padrão, há uma definição própria das perspectivas de gestão e uma menor preponderância relativa das questões financeiras, mas continua a preocupação de relacionar todos os constituintes da organização num mapa estratégico revelador do espírito integrador da gestão.

Este estudo de caso traduz uma proposta de implementação do BSC originada na vontade explícita dos responsáveis pela entidade observada. Envolvidos e empenhados com o processo, reúnem todos os esforços no sentido de o implementar e esperam-se consequências práticas – que poderão ser oportunidade para um estudo já mais exaustivo e pertinente das possibilidades do BSC para a gestão hospitalar. Início de um processo desenvolvido por uma liderança envolvida, é prematuro estudar a real aplicação do BSC, ainda com metas por definir e políticas por confirmar, mas já revela uma contiguidade entre as necessidades organizacionais percebidas e as valências deste instrumento de gestão.

Este estudo apresenta-se como uma contribuição mais para o necessitado campo de investigação da gestão hospitalar, em Portugal.

Referências

Ax, C. & Bjornenak, T., 2005. Bundling and diffusion of management accounting innovations? The case of the balanced scorecard in Sweden. *Management Accounting Research*, 16(1), pp.1–20.

Baker, G.R. & Pink, G.H., 1995. A Balanced Scorecard for Canadian Hospitals. *Healthcare Management Forum*, 8(4), pp.7–21.

Banker, R.D., Potter, G. & Srinivasan, D., 2000. An Empirical Investigation of an Incentive Plan that Includes Nonfinancial Performance Measures. *The Accounting Review*, 75(1), pp.65–92.

Beauchamp, G., 1999. The five 'S' Levels of Enterprise Health. *Physician Executive*, 25(3), pp.25–29.

Boston, J., 1996. Boston, J., J. Martin, J. Pallot, and P. Walsh. *Public Management: The New Zealand Model*, Oxford University Press, UK, 1996.

Cataneda-Mendez, K., 1998. The Role and Application of the Balanced Scorecard in Health Care Quality Management. *Journal of Healthcare Quality*, 20(1), pp.10–13.

Collins, J.C. & Porras, J.I., 1996. Building your company's vision. *Harvard business review*, 74(5), pp.65–77.

Davis, S. & Albright, T., 2004. An investigation of the effect of Balanced Scorecard implementation on financial performance. *Management Accounting Research*, 15(2), pp.135–153.

Dziuk, D., 2001. So Many Systems, So Little Communication. *Health Management Technology*, 22(February), pp.50–51.

El-Jardali, F. et al., 2011. Design, implementation and scaling up of the balanced scorecard for hospitals in Lebanon: policy coherence and application lessons for low and middle income countries. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 103(2-3), pp.305–14.

Epstein, R.J. & Manzoni, J.F., 1997. The Balanced Scorecard and Tableau de Board: Translating Strategy into Action. *Management Accounting*, 79, pp.28–36.

Glaveli, N. & Karassavidou, E., 2011. Exploring a possible route through which training affects organizational performance: the case of a Greek bank. *The International Journal of Human Resource Management*, 22(14), pp.2892–2923.

Griffith, J., 2000. Championship Management for Health Care Organizations. *Journal of Healthcare Management*, 45(1), pp.17–30.

De Haas, M. & Kleingeld, A., 1999. Multilevel design of performance measurement systems: enhancing strategic dialogue throughout the organization. *Management Accounting Research*, 10(3), pp.233–261.

Hood, C., 1991. Hood, C (1991) A Public Management for All Seasons. *Public Administration*, 69 (Spring), 3-19.

Ittner, C.D. & Larcker, D.F., 1998. Innovations in performance measurement: trends and research implications. *Journal of Management Accounting Research*, 10, pp.205–239.

Ittner, C.D., Larcker, D.F. & Randall, T., 2003. Performance Implications of Strategic Performance Measurement in Financial Services Firms. *Accounting, Organizations and Society*, 28(7), pp.715–741.

Jones, M.L. & Filip, S.J., 2000. Implementation and Outcomes of a balanced Scorecard Model in Women's Services in an Academic Healthcare Institution. *Quality Management in Health Care*, 8(4), pp.40–51.

Kaplan, R. & Norton, D., 1996a. Linking the Balanced Scorecard to Strategy. *California Management Review*, 39(1), pp.53–80.

Kaplan, R. & Norton, D., 2004. Strategy Maps Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes,

Kaplan, R. & Norton, D., 1996b. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*, Boston: Harvard Business School Press.

Kaplan, R. & Norton, D., 2005. The Office of Strategy Management. *Strategic Management*, (October).

Kaplan, R. & Norton, D., 2001. The strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Competitive Environment, Boston: Harvard Business School Press.

Kaplan, R. & Norton, D., 1996c. Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. Harvard Business Review, 74(1), pp.75–85.

Kaplan, R. & Norton, N., 1997. Why Does Business Need a Balanced Scorecard? Journal of Cost Management, 11(3), pp.5–10.

Kaplan, R.S. & Norton, D.P., 2006. Alignment: Using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies. Group, 31(2), pp.367–370.

Kaplan, R.S. & Norton, D.P., 1992. The balanced scorecard--measures that drive performance. Harvard business review, 70(1), pp.71–79.

Lipe, M.G. & Salterio, L.S., 2000. The Balanced Scorecard: Judgmental Effects of Common and Unique Performance Measures. The Accounting Review, 75(3), pp.283–198.

Malmi, T., 2001. Balanced Scorecards in Finnish companies: a research note. Management Accounting Research, 2, pp.207–220.

Merchant, K.A., 1989. Rewarding Results: Motivating Profit Center Managers H. B. S. Press, ed., Boston.

Niven, P., 2008. Balanced Scorecard - Step By Step for Government and Nonprofit Agencies Second Edi., New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd.

Nørreklit, H., 2000. The balance on the balanced scorecard a critical analysis of some of its assumptions. Management Accounting Research, 11(1), pp.65–88.

Nørreklit, H., 2003. The Balanced Scorecard: what is the score? A rhetorical analysis of the Balanced Scorecard. Accounting, Organizations and Society, 28(6), pp.591–619.

Nørreklit, H. & Schoenfeld, H.M., 1998. Controlling Multinational Companies an Attempt to Analyze some Unresolved Issues T. A. S. of Business, ed., Aarhus.

Oliveira, H.C., Rodrigues, L.L. & Eiriz, V., 2012. O Balanced Scorecard e a Organização de Aprendizagem: Case Study. Revista Universo Contábil, 8(4), pp.167–183.

Oliveira, J., 2001. The Balanced Scorecard: An Integrative Approach to Performance Evaluation. *Healthcare Finance Management*, 55(5), pp.42–46.

Olve, N.G. et al., 2004. Twelve years later: Understanding and realizing the value of balanced scorecards. *Ivey Management Services*, May/June, pp.1–7.

Papalexandris, A., Ioannou, G. & Prastacos, G., 2004. Implementing the Balanced Scorecard in Greece: a Software Firm's Experience. *Long Range Planning*, 37, pp.351–366.

Pekkanen, P. & Niemi, P., 2013. Process performance improvement in justice organizations—Pitfalls of performance measurement. *International Journal of Production Economics*, 143(2), pp.605–611.

Sahney, V.K., 1998. Balanced Scorecard as a Framework for Driving Performance in Managed Care Organizations. *Managed Care Quarterly*, 6(2), pp.1–8.

Sainaghi, R., Phillips, P. & Corti, V., 2013. Measuring hotel performance: Using a balanced scorecard perspectives' approach. *International Journal of Hospitality Management*, 34, pp.150–159.

Santiago, J.M., 1999. Use os the Balanced Scorecard to Improve the Quality os Behavioral Health Care. *Psychiatric services*, 50(12), pp.1,571–1,576.

Simons, R., 1995. Control in the Age of Empowerment. *Harvard business review*, 73(2), pp.80–88.

Speckbacher, G., Bischof, J. & Pfeiffer, T., 2003. A descriptive analysis on the implementation of Balanced Scorecards in German-speaking countries. *Management Accounting Research*, 14(4), pp.361–387.

Weber, D., 2001. A better Gauge of Corporate Performance. *Health Forum Journal*, 44(3), pp.20–24.

Weber, D., 1999. Performance Management-the Balanced Scorecard: A Framework for Managing Complex and Rapid Change. *Strategic Healthcare Excellence*, 12(11), pp.1–7.

Zelman, W., Pink, G. & Matthias, C., 2003. Use of the balanced scorecard in health care. *Journal of health care finance*, 29(4), pp.1–16.

Zeng, K. & Luo, X., 2013. The balanced scorecard in China: Does it work? Business Horizons, 56(5), pp.611–620.